DES

SALPINGITES INCLUSES

DANS

LE LIGAMENT LARGE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juillet 1907

PAR

Auguste LACUBE

Né à La Chapelle-Gineste (Haute-Loire), le 8 février 1870

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻)
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, de ROUVILLE
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	SOUBEIRAN, agrégé
Pathologie générale	N...
Clinique gynécologique.	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GAGNIERE
RAYMOND (✻)	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
VIRES	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. de ROUVILLE, *président.*	MM. SOUBEIRAN, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur.*	GUERIN, *agrégé.*

A MES PARENTS

A. LACUBE.

A MES PREMIERS MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MES MAITRES

MM. LES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

MEIS ET AMICIS

A. LACUBE.

INTRODUCTION

Le phénomène anatomo-clinique dominant dans l'histoire de la salpingite, c'est la bascule de la trompe malade dans le cul-de sac de Douglas, où le toucher explorateur perçoit une masse anormale, tantôt cylindrique, tantôt globuleuse, douloureuse, séparée de l'utérus plus ou moins rétrodévié, par un sillon en général facilement perceptible. Ce fait fondamental est souligné par tous les auteurs classiques et se retrouve dans la plupart des observations d'annexite couramment publiées.

Cependant dans certains cas, la trompe malade s'incline en avant dans le cul-de-sac vésico-utérin. Il est plus rare d'observer ce genre de déviation, mais on le retrouve avec une fréquence assez grande. Fonvielle, dans une thèse de Lyon, 1906, relative à l'étude des pyosalpinx antérieurs, a pu réunir un nombre assez considérable de ces faits.

Enfin, plus rarement encore, la trompe ne subit aucun déplacement, reste cantonnée dans l'intérieur du ligament large dont elle dédouble les feuillets et se présente avec tous les attributs des tumeurs de ces ligaments. Une malade que nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service de M. le Professeur de Rouville, présentait nettement cette disposition anatomo-pathologique et il nous a paru intéressant de réunir dans une revue d'ensemble les documents relatifs à cette question.

Au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons été frappés de la pénurie de la littérature médicale, en matière de salpingite incluse dans le ligament large, et ne pouvons, par conséquent, étayer notre travail que sur un petit nombre de cas épars dans les diverses publications, auxquels nous ajoutons celui que M. de Rouville a eu l'amabilité de nous communiquer comme point de départ de nos investigations.

DES

SALPINGITES INCLUSES

DANS

LE LIGAMENT LARGE

EXPOSÉ DES FAITS

Quatre observations d'authenticité indiscutable établissent la réalité de cette forme de salpingite et, avant d'aller plus loin, il est indispensable de les reproduire exactement.

Observation Première.

Salpingite tuberculeuse double: pyo-salpinx unilatéral inclus dans le ligament large gauche. (Société anatomique. Mars 1890, p. 168, Faure-Muller.)

Gil... Maria, 29 ans, entre, le 24 février 1890, dans le service de M. le Dr Barth.

Les antécédents héréditaires nous ont appris peu de choses : son père est vivant et bien portant ; sa mère se plaint bien souvent de l'estomac, mais pas très souffrante en somme; elle a quatre sœurs en bonne santé, et, ce qui est important à noter, son mari n'a jamais été malade.

Elle est née à la campagne : elle est restée dans son pays jusqu'à l'âge de 19 ans. L'on ne trouve sur elle aucune trace de strume. Elle n'a eu ni rougeole, ni coqueluche, ni scarlatine. Vers neuf ans, elle a été atteinte d'une variole qui n'a point laissé de marques ; à douze ans, elle fut prise de fièvre intermittente, accidents qui durèrent une année environ ; ceux-ci, fort peu intenses, disparurent d'eux-mêmes et sans soins au bout d'un an.

A 19 ans, elle alla habiter Jersey ; elle continua à s'y bien porter une année encore, puis vint à souffrir de l'estomac et se mit à tousser un peu ; l'air de la mer, lui disait-on, était trop fort pour elle : effectivement, pendant les deux années qu'elle resta dans cette île, elle ne se trouva jamais bien portante. A 22 ans, la malade vint à Paris et sa santé se rétablit un peu. Il y a deux ans, à la suite d'un refroidissement, la malade fut prise de laryngite et de bronchite. Depuis ce moment, elle a toujours été souffrante et n'a jamais cessé de tousser, peut-être un peu moins cependant pendant l'été. Elle fut, pour ces accidents, traitée chez elle par des révulsifs et des potions calmantes. Au mois de mai dernier, apparut un rhumatisme articulaire ; toutes les articulations furent prises à la fois ; il y avait du gonflement et de la douleur, mais pas de fièvre ; au bout de 3 semaines tout avait disparu. — La malade a été réglée à 13 ans, facilement et sans souffrance ; à ce moment l'on nota des signes de chlorose, avec couleur jaunâtre du visage, essoufflement facile, fatigue, palpitations. Malgré cela, les règles venaient régulièrement. Vers 16 ans, la malade étant tombée à l'eau en plein hiver, ses règles se supprimèrent et elle fut six mois sans voir. Puis elles revinrent, mais jamais plus la malade ne les revit régulièrement ; cependant elle ne se plaignit de douleur dans le ventre à aucun moment ; pas de pertes blanches. La malade s'est mariée il y a 3 ans, les menstrues étaient alors redeve-

nues régulières depuis plusieurs mois ; mais au bout de quelque temps, elles prirent un caractère d'extrême irrégularité. Enfin, depuis 1 an, elle n'a pas vu une seule fois. Elle n'a pas eu d'enfant et n'a jamais eu de fausse couche : elle n'a jamais eu de pertes blanches. La malade a beaucoup maigri depuis deux ans ; il n'existe pas de sueurs nocturnes bien accentuées ; le sommeil est mauvais. Pas d'hémoptysies, pas d'éthylisme, pas de syphilis.

La malade paraît être depuis longtemps très nerveuse ; à diverses reprises, elle a eu, soit des pertes de connaissance subites, soit de véritables absences avec impulsions délirantes la portant à se lever la nuit et à s'enfuir de chez elle. Ces accidents surviendraient pendant l'été, au dire de la malade, sous l'influence de la chaleur qui lui ferait beaucoup de mal. Elle a été traitée par l'hydrothérapie pendant trois mois, l'été dernier. Voyant que l'ensemble de tous ces phénomènes ne subit aucun mieux sensible, elle se décide à entrer à l'hôpital.

24 février 1890. — Le facies est très amaigri, l'émaciation générale est très marquée. Il existe un peu de fièvre le soir. Toux fréquente, avec douleurs thoraciques, principalement sous le sein droit.

Expectoration muco-purulente peu abondante, sans caractères bien nets. La malade avoue avoir parfois craché des filets de sang, mais n'a jamais eu d'hémoptysies véritables. — L'examen du thorax donne les signes suivants : Au sommet droit, en avant et en arrière, respiration rude, expiration prolongée. Quelques râles fins disséminés. Sonorité normale. Au sommet gauche un peu d'obscurité du son avec résistance à la percussion. Respiration faible, granuleuse. Quelques craquements secs dans les grandes inspirations. Sonorité et respiration normales aux deux bases. Battements cardiaques tumultueux, bruits normaux.

L'abdomen est peu développé, non sensible à la pression.

Pas d'hypertrophie du foie ni de la rate appréciable. Urines non albumineuses. Traitement : vésicatoire à la fosse sus-épineuse droite ; analgésine, 3 grammes

3 mars. — Dyspnée intense, peu en rapport avec les phénomènes stéthoscopiques constatés. Fièvre peu considérable (température 38°,38°5 le soir). Appétit presque nul. Langue blanche ; digestion difficile. Alternatives de constipation et de diarrhée. L'analgésine paraissant mal supportée est supprimée. Douleurs très vives à la région lombaire. Les urines donnent, par l'acide nitrique, un précipité albumineux abondant. Ventouses sèches sur la région des reins ; — potion avec de l'éther et de l'eau de fleurs d'oranger.

Le 6, on s'aperçoit que la malade rend par le vagin un écoulement très fétide et très purulent, abondant. En la questionnant de nouveau, on arrive à savoir que cet écoulement, sur lequel elle n'avait pas attiré l'attention, dure depuis longtemps, deux ou trois mois peut-être ; mais les réticences de la malade empêchent d'ajouter foi à ses dires. L'examen par le toucher vaginal donne les résultats suivants : dans le cul-de-sac latéral gauche existe une tuméfaction étendue, rénitente, très sensible à la pression, occupant la région du ligament large depuis la corne utérine jusqu'à la paroi pelvienne. Il est impossible de préciser le siège exact de cette tuméfaction ni de distinguer le rôle qu'y joue la trompe utérine. Les annexes du côté droit paraissent saines. L'utérus est petit ; le col n'est ni ramolli, ni entr'ouvert ; il n'est pas sensible à la pression. Assez mobile dans le sens antéro-postérieur, l'utérus est fortement maintenu à gauche par son adhérence avec la tumeur. L'urine ne contient pas d'albumine ce matin.

Même traitement. Injections boriquées chaudes. L'examen au spéculum montre la muqueuse vaginale rouge dans toute son étendue et paraissant enflammée. Le col, étroit, semble rempli de fongosités et donne issue à un muco-pus très épais

mélangé d'un peu de sang. L'exploration minutieuse des culs-de-sac ne permet de découvrir aucun orifice fistuleux.

7 mars. — Depuis hier, prostration plus marquée des forces. Un peu d'agitation délirante cette nuit, la malade a voulu se lever. Le matin elle est couchée en chien de fusil dans une immobilité à peu près complète. Yeux demi-clos, pupilles normales. Un peu de raideur de la nuque ; douleurs dans les épaules, dans les bras, dans les articulations des coudes. Parole un peu lente mais intelligible. Déglutition facile, pas de vomissements. Pouls, 108, régulier, sans dureté. Température : 37° et 38°. Un peu de sensibilité de l'hypogastre, un peu de tension douloureuse de l'abdomen. Depuis hier, la malade n'a pas uriné ; cependant sa vessie paraît vide. Même traitement, injection de morphine.

Le 8, la malade paraît beaucoup mieux qu'hier ; elle a uriné environ 1 litre d'urine non albumineuse. Le décubitus est redevenu normal. La parole est facile et les idées paraissent beaucoup plus nettes. L'expectoration a complètement cessé ; l'examen de la poitrine ne donne aujourd'hui que des résultats négatifs. Pas d'hémianesthésie, mais état nerveux très manifeste ; pendant l'examen, la malade est prise de tremblement ; elle a aussi de la gêne épigastrique et fait de grands soupirs comme ceux du début des attaques d'hystérie. Même traitement.

Le 9, mort dans la nuit du 8 au 9 mars à trois heures du matin.

Autopsie le 10 mars. — Cavité thoracique : plèvres adhérentes dans presque toute leur étendue. Poumons infiltrés de tubercules à tous les degrés de développement, les uns anciens formant de petites masses caséeuses enkystées, les autres plus récents formant des groupes corymbiformes de granulations grises dont quelques-unes seulement commencent à se ramollir ; presque confluente aux sommets, l'infiltration

tuberculeuse devient moins abondante à mesure qu'on se rapproche de la base. Le parenchyme infiltré est emphysémateux et médiocrement congestionné. Cœur petit, assez flasque, pesant 230 grammes environ ; orifices et appareils sains. Aorte non athéromateuse. Cavité abdominale. — Foie très volumineux offrant un peu l'aspect du foie muscade. Tissu hépatique friable, non sclérosé, plutôt graisseux. Quelques granulations tuberculeuses jaunâtres dans l'épaisseur de l'organe. Plaques de péritonite tuberculeuse à la surface du lobe droit. Poids : 1,800 grammes. — Rate très augmentée de volume, pesant 290 grammes, avec hypertrophie manifeste des corpuscules de Malpighi, mais pas de tubercules nets. — Reins plutôt volumineux, à surface lisse, se décortiquant facilement, présentant dans l'épaisseur de la substance corticale d'assez nombreuses granulations isolées ou réunies par groupes. Les bassinets sont sains. — Tube digestif et péritoine sains.

Organes génitaux. — En écartant les anses intestinales on découvre en arrière de la vessie distendue par l'urine, et à gauche du rectum distendu également par des matières fécales, une grosse tumeur arrondie, du volume d'une pomme, située à gauche du fond de l'utérus auquel elle adhère intimement et s'étendant depuis cet organe jusqu'à la paroi pelvienne. Cette tumeur revêtue par le péritoine dans sa moitié supérieure, est d'une teinte rosée ; sa consistance est molle et assez nettement fluctuante, elle paraît formée aux dépens des organes contenus dans le ligament large gauche. Les organes pelviens sont enlevés en totalité et l'utérus séparé de la vessie, on fend le vagin selon son axe et on s'assure qu'il ne présente aucun orifice fistuleux. L'utérus étant ouvert par sa paroi antérieure, présente une cavité tomenteuse grisâtre remplie de mucosité purulente très fétide. Sa paroi paraît infiltrée de petites granulations blanchâtres qui paraissent être des granulations tuberculeuses. D'autres granulations identi-

ques existent à la face externe sous-péritonéale du fond de l'utérus et semblent avoir déterminé autour d'elles de petits foyers de péritonite adhésive. La cavité de Douglas est entièrement oblitérée par des adhérences de même origine ; une dissection au ciseau est nécessaire pour séparer le rectum de la face postérieure de l'utérus. Quant à la tumeur para-utérine gauche, sectionnée selon son axe transversal, elle se présente sous la forme d'une poche kystique à parois épaisses, fibreuses, à cavité irrégulière formée de bourgeons tomenteux qui circonscrivent des amas de pus caséeux (lequel, d'après un examen ultérieur, contient des bacilles de Koch), demi-consistant, de couleur verdâtre et d'une assez grande fétidité. Il est assez difficile de démêler nettement les rapports exacts de cette poche kystique et sa provenance ; toutefois ses connexions de contiguïté avec la corne utérine gauche, sa topographie et la constitution de la paroi interne de la poche, tout semble révéler qu'il s'agit de la trompe utérine et qu'on a affaire à une salpingite tuberculeuse.

Les annexes du côté droit présentent relativement peu d'altération. L'ovaire sain occupe sa place normale. La trompe n'est pas très augmentée de volume, mais elle est repliée sur elle-même et son extrémité ovarienne oblitérée est transformée en une petite tumeur du volume d'une petite noix ; à la section, cette tumeur présente un contenu plein, formé par les franges du pavillon énormément hypertrophiées et infiltrées de granulations grisâtres. Quelques-unes de ces granulations sont déjà en voie de caséification et ont donné lieu à de petits amas verdâtres tout à fait analogues aux masses constatées dans la tumeur du côté gauche.

Observation II

Salpingites kystiques incluses dans le ligament large. (Archives provinciales de chirurgie. Année 1892, page 459. Doyen.)

Nous décrirons enfin une variété peu connue de la salpingite hémorragique ou purulente, variété qu'il nous a été donné d'observer et d'étudier plusieurs fois au cours de nos laparotomies.

Le ventre ouvert, nous sommes tombé sur quelques adhérences, puis sur deux volumineux kystes tubaires, situés de chaque côté de l'utérus ; après avoir isolé le rectum et détruit les adhérences qui comblaient le cul-de-sac recto-utérin, nous nous aperçûmes qu'il était impossible, en attaquant par derrière les poches indurées de les détacher, comme nous avions l'habitude, du péritoine pariétal, en insinuant entre la séreuse et les parois kystiques l'index et le médius gauches.

Un examen attentif nous permit alors de reconnaître que la séreuse recouvrait les poches tubo-ovariennes et passait au-dessus d'elles, comme s'il se fût agi d'un kyste du ligament large. L'incision de la séreuse fut aussitôt pratiquée au point culminant de la tumeur gauche et celle-ci fut enlevée sans peine de sa loge sous-péritonéale. La même manœuvre fut pratiquée de l'autre côté et, l'ablation des kystes terminée, il ne resta plus, après la toilette du péritoine, qu'à suturer en surjet les lambeaux du ligament large. Nous avons donc affaire dans ces cas à de véritables ovaro-salpingites enkystées du ligament large.

Ces poches ayant été énucléées en totalité, il nous a été possible d'en pratiquer l'examen : elles étaient bien constituées par les annexes dilatées et particulièrement par la trompe dont on pouvait suivre le pédicule utérin. Il est probable qu'en

augmentant de volume, la trompe, au lieu de distendre sa tunique péritonéale, s'était coiffée, en le soulevant et en l'attirant, du péritoine de revêtement du ligament large.

Nos hémo et pyo-salpinx intra-ligamentaires rentrent dans la catégorie des collections non énucléables de Pozzi. Le doigt ne peut les contourner à moins de délabrements énormes, tant qu'on n'a pas pris la peine d'inciser le péritoine qui les recouvre pour en pratiquer la décortication sous-séreuse. Il est aisé de s'assurer par l'examen de la pièce qu'il s'agit bien d'une poche dépendant des annexes. Il suffit à cet effet de rechercher les connexions des parois du kyste et du pédicule tubaire.

Observation III

Kyste suppuré d'origine annexielle intra-ligamentaire; lupus de la face (Revue de gynécologie. Année 1899, page 745.)

Il s'agit d'une femme de 40 ans, de souche tuberculeuse, qui en octobre 1898 vint consulter Seeligman pour des douleurs dans le bas-ventre. Cette femme présentait en outre un lupus très étendu de la face et du cuir chevelu qu'elle déclara être apparu peu de temps après le début des douleurs de ventre, il y a 10 ans environ. Le toucher combiné au palper permet de constater à gauche de l'utérus une tumeur du volume d'une tête d'enfant et à droite en arrière de l'organe une seconde tumeur moins volumineuse, plus diffuse et de consistance différente. Il n'y avait pas de fièvre.

L'opération pratiquée le 22 octobre 1898 montra que la tumeur gauche était développée dans le ligament large et formée aux dépens des annexes. La tumeur droite n'était autre qu'un vaste abcès péri-rectal. Au cours des manœuvres la tumeur et l'abcès se rompirent, répandant dans le petit bassin un pus

verdâtre et fétide. Néanmoins la poche fut extirpée. Quant à l'abcès péri-rectal on se contenta de le tamponner avec de la gaze iodoformée. Drainage par le vagin après ouverture du cul-de-sac postérieur et isolement préventif de la grande séreuse par la formation d'une sorte de diaphragme composé de l'utérus, des restes du ligament large gauche et de nombreuses franges épiploïques. Pas de drainage abdominal; guérison rapide. — Le 16e jour, la malade quittait le lit.

Or pendant la convalescence, on note ce fait curieux : le lupus de la face qui, comme nous l'avons dit, était très étendu et contre lequel on avait épuisé pendant des années toutes les méthodes de traitement préconisées contre cette affection, ce lupus se mit à se cicatriser rapidement sans la moindre médication adjuvante à la date du 22 décembre 1898 ; il était remplacé par une belle face cicatricielle lisse, ne présentant pas la moindre trace de récidive.

On a malheureusement négligé, au moment de l'intervention, de recueillir du pus de la tumeur et de l'abcès pour le soumettre à l'examen bactériologique ; mais les relations étroites existant entre ces collections purulentes et le lupus de la face, relations prouvées surabondamment par leur apparition et leur disparition simultanées, démontrent nettement leur parenté d'origine.

On peut considérer comme certaine la nature tuberculeuse de la tumeur annexielle et de l'abcès péri-rectal d'autant plus que des examens ultérieurs ne permirent jamais de trouver de gonocoques ni dans le canal cervical de la femme, ni dans l'urètre du mari et par conséquent de faire intervenir une affection gonorrhéique. Mais comment expliquer la guérison spontanée du lupus de la face à la suite de l'extirpation ou du drainage des collections pelviennes ? Il faut admettre avec Seeligman que c'est par la voie génitale que s'est faite l'infection tuberculeuse. Les foyers primitifs développés dans le

petit bassin, les toxines tuberculeuses absorbées par le sang se sont répandues dans tout l'organisme pour exercer finalement leur action destructive en leur lieu de prédilection c'est-à-dire sur la peau de la face. Il est dès lors permis de comprendre que la suppression des foyers primitifs ait été suivie de la disparition des foyers secondaires.

Observation IV.

Salpingite tuberculeuse incluse dans le ligament large. Extirpation. Marsupialisation. Guérison. (Observation inédite due à l'obligeance de M. le Professeur de Rouville, recueillie dans le service de gynécologie.)

Mme A... B..., 25 ans, domiciliée à Montpellier, entre le 13 mai 1906 dans le service de M. de Rouville pour douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Réglée à 13 ans, régulièrement, trois à quatre jours, sans phénomènes douloureux. Quinze jours après son mariage, la malade présente des pertes jaunes verdâtres très abondantes, accompagnées de violentes douleurs dans le bas-ventre, plus marquées au moment des mictions. En même temps tiraillements lombaires et vomissements répétés pendant deux mois. Amélioration passagère suivie bientôt d'une nouvelle rechute avec exarcerbation des mêmes phénomènes, douleurs abdominales, vomissements verdâtres. Elle entre alors en juillet 1905 à la Maternité, où l'on porte le diagnostic de douglassite et où l'on pratique une colpotomie. Malgré ce traitement les douleurs reparaissent aussi violentes un mois après et c'est leur persistance qui décide la malade à rentrer à l'hôpital en mai 1906.

Actuellement, pas de trouble menstruel ; beaucoup de pertes blanches ; douleurs continues dans les deux fosses iliaques, mais aggravées à la moindre fatigue.

Etat général assez bon.

Examen génital : vagin normal, col conoïde avec orifice quasi punctiforme en position normale. Utérus gros et lourd ; le fond dépasse de deux travers de doigt la symphyse pubienne. Par le palper combiné on perçoit du côté gauche une tumeur remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale saillante dans le cul-de-sac correspondant. La consistance de la tumeur est molle donnant la sensation d'un liquide contenu dans une poche sous faible tension. La pression abdominale se transmet aisément dans le vagin. Il n'y a aucune indication de sillon séparant la tumeur de l'utérus.

8 juin. — Laparotomie. A l'ouverture de la cavité abdominale, malgré le Trendelenburg, l'intestin ne descend pas vers le diaphragme par suite des adhérences de l'S iliaque à la tumeur qui n'est autre qu'une salpingite volumineuse. Au cours des manœuvres de décollement, on déchire l'S iliaque sur une longueur de un centimètre et demi à deux centimètres. Après avoir réparé cette solution de continuité, on isole le mieux possible l'S iliaque du reste de l'intestin par de nombreuses compresses. Malgré un minutieux travail de décortication, il est impossible d'isoler complètement le kyste salpingien. En effet, une fois les adhérences complètement rompues, on constate que la trompe est entourée d'une épaisse enveloppe péritonéale et se trouve renfermée dans l'intérieur du ligament large. Pour la libérer définitivement, on sectionne le bord interne de ce ligament, et par cette voie, on peut extraire les trois quarts de la tumeur. La partie inférieure très adhérente, difficilement décorticable, unie par une gangue d'inflammation chronique au tissu cellulaire du petit bassin, en outre très friable, est enlevée par lambeaux. On voit, sur le fond de la poche, qu'on n'a pu extraire complètement, faire hernie de nombreuses végétations d'aspect papilliforme représentant le contenu de ce pseudo-kyste.

Marsupialisation des débris restant de la tumeur. Drainage du petit bassin avec un tube et mèches de gaze. Suture de la paroi par le procédé habituel.

9 juin. — Etat excellent. Matin. 37°1 ; 100 pulsations ; soir, 37°2 ; 100 pulsations.

Quelques efforts de vomissements ; glace sur le ventre ; opium, 0,05.

10 juin. — Rien de particulier.

11 juin. — Ablation des drains. Pansement légèrement souillé par écoulement liquide. Lavage à l'eau oxygénée.

18 juin. — Enlèvement des fils. Réunion parfaite sans suppuration.

La décortication partielle d'ailleurs de la trompe n'a pu être effectuée qu'après incision d'un double feuillet péritonéal correspondant au ligament large. Il y avait donc inclusion intra-ligamentaire et on était en droit de se demander si l'on ne se trouvait en présence d'une tumeur d'une autre nature ayant communiqué secondairement avec la trompe. L'examen histologique a ruiné ces craintes en montrant dans la paroi, les tissus normaux de la trompe envahis par un processus tuberculeux.

Nous avions donc eu affaire à un cas de salpingite tuberculeuse incluse dans le ligament large.

Voici le résultat de l'examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique par M. le Professeur Bosc.

L'examen de la coupe portant sur le fragment le plus atteint montre que l'infiltration tuberculeuse a envahi la totalité de l'épaisseur de la paroi.

A la surface, le tissu est farci de tubercules classiques formés d'une cellule géante centrale, d'une large zone de cellules épithélioïdes et d'une couche de cellules embryonnaires ; cette dernière couche est le plus souvent incomplète par empiètement des follicules tuberculeux les uns sur les autres.

Sur certains points la dégénérescence centrale des follicules est très prononcée et on constate la réunion de plusieurs follicules qui constituent ainsi des amas désagrégés, bordés de cellules géantes nombreuses. Dans les points où le processus est le plus intense on assiste à une dégénérescence diffuse qui aboutit à l'ulcération superficielle en progressant de la surface vers la profondeur. La progression de la lésion dans la partie la plus profonde de la paroi se fait le long des capillaires de nouvelle formation sous forme de follicules d'abord embryonnaires, puis caractéristiques et qui vont en augmentant de volume.

L'examen de l'autre préparation, prise au niveau d'une partie de la paroi fortement hypertrophiée montre :

Le même processus que dans la coupe précédente, c'est-à-dire, existence de follicules isolés ou conglomérés aboutissant à la nécrose et à l'ulcération à partir de la surface.

Dans la partie moyenne, zones d'infiltration diffuse avec hémorragies interstitielles ou en petites masses séparant les conglomérats folliculaires à une période plus ou moins avancée. Par places, placards et faisceaux de tissu conjonctif adulte mais d'apparence hyaline avec des points de désagrégation et d'infiltration hémorragique.

Dans la profondeur, larges placards formés de follicules séparés par des traînées de cellules embryonnaires ou de faisceaux conjonctifs d'aspect hyalin, avec des zones ordinairement dirigées de la surface vers la profondeur, de dissociation nécrosique. \

On ne trouve que de loin en loin quelques traces de fibres musculaires lisses : elles ont disparu dans le processus tuberculeux dissociant et hypertrophique.

Ces quatre observations établissent clairement l'existence

des salpingites incluses dans le ligament large. La possibilité de l'inclusion, a priori très vraisemblable, est démontrée pratiquement. Toutefois nous tenons à séparer nos cas de ceux dans lesquels il y a pseudo-inclusion par développement d'un processus de péritonite adhésive autour d'une tumeur intra-pelvienne. Dans ces circonstances, au cours de l'intervention opératoire on se rend très aisément compte qu'on aborde la tumeur sans incision préalable d'un double feuillet péritonéal. On mobilise la trompe après rupture méthodique des adhérences et on l'extirpe sans avoir recours à un second travail de décortication sous-péritonéale. La trompe est recouverte sans doute à l'état normal d'une enveloppe péritonéale, et il semble nécessaire de la débarrasser de cette gaîne pour l'exciser commodément. Toutefois, le péritoine salpingien est rattaché à celui des ligaments larges par un lien intermédiaire, le méso-salpinx, et il est indispensable à la trompe, dans les cas où elle va occuper la cavité de ce ligament, de dédoubler préalablement les deux feuillets de méso-salpinx, de les distendre, en les incorporant au péritoine ligamentaire. Il se passe quelque chose d'analogue à ce qui a lieu du côté du col de l'utérus au cours du travail : l'effacement et la dilatation du méso-salpinx fusionnent les lames péritonéales, lesquelles à l'état physiologique sont continues mais dénivelées, et les transforment en une espèce de tunnel sous lequel est renfermée la trompe. Il y a disparition complète de l'aileron supérieur, c'est-à-dire fusion avec le ligament large.

S'il y a pseudo-inclusion, la trompe est unie au rectum et aux parois pelviennes par des synéchies fibreuses plus ou moins clivables. La rupture des brides la mobilise et met en évidence l'intégrité du méso-salpinx sur lequel il suffit d'appliquer une pince pour isoler la trompe des organes voisins. Le ligament large paraît intact avec ses trois bras : l'ablation de la trompe devient alors une amputation partielle par la sup-

pression de l'aileron supérieur. Le chirurgien enlève du même coup trompe et partie du péritoine. — Dans les salpingites incluses il y a énucléation de la trompe après incision mais sans excision ligamentaire.

Le terme de pseudo-inclusion est convenablement appliqué à ce genre de disposition, tout à fait différent de celui que nous étudions en ce moment.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire à l'appui de notre démonstration le fait observé par M. Monod. Cet auteur nous confirme par lettre récente avoir rencontré une fois la disposition qui nous occupe. A l'occasion de la communication qu'il fit à ce propos à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris le 9 juillet 1906 sur un cas double d'hydro-salpinx, inclus dans le ligament large, divers auteurs rapportent des faits identiques, entre autres M. Routier et M. Richelot. Ce dernier déclare « qu'il existe deux espèces d'hydro-salpinx, l'un qui se développe plus ou moins librement dans la cavité abdominale, l'autre qui pénètre dans le ligament large. Dans ce dernier cas on ne peut pratiquer l'ablation de la tumeur qu'après avoir incisé l'un des deux feuillets péritonéaux : quelquefois l'hémisection utérine facilite beaucoup l'ablation de la tumeur. »

« Je ne connais pas, nous écrit-il le 5 juillet 1907, d'observations de salpingites incluses dans le ligament large, publiées à ce point de vue spécial. Je ne puis donc vous donner aucun renseignement bibliographique. Mais j'ai vu beaucoup de ces cas-là. »

Montprofit dans les Archives provinciales de chirurgie (1901, page 584), n'admet-il pas l'inclusion intra-ligamentaire des salpingites ? « Les rapports des annexes mobiles sont variables : tantôt tombées en arrière, elles adhèrent faiblement à la face postérieure des ligaments larges, tantôt elles font corps avec celle-ci, il est impossible de les séparer. Muade dit qu'il

a été obligé de lier le ligament large en dehors et en dedans et de couper tout ce qui se trouve entre les ligatures.

» Parfois enfin on trouve dans l'épaisseur même du ligament large entre ses deux lames une coque pleine de pus ou de sang : il faut dédoubler les ligaments pour faire une énucléation complète. — Ces collections sont ou bien des salpingites rompues ou infiltrées dans le ligament large. »

N'y a-t-il pas lieu de prévoir certaines objections de nature à infirmer notre exposé ? Elles se résument dans celle qu'a présentée à la Société de gynécologie Faure. Il croit que la plupart des salpingites dites incluses dans le ligament large sont en réalité adhérentes à la face postérieure de ce ligament.

Le développement précédent permet de répondre négativement à cette critique. Il peut y avoir des salpingites soudées au ligament, mais elles ne nous retiennent pas à l'heure actuelle. Il s'agit uniquement des dispositions intra-ligamentaires et M. Faure s'est borné à nier un fait qu'il n'a jamais observé.

Dans une note récente, parue dans la Chirurgie des annexes et de l'utérus page 61, le même auteur se montre plus éclectique et reconnaît possible l'inclusion d'un hydrosalpinx intéressant le tiers interne de la trompe.

Cet aveu est d'une grande valeur et nous sommes disposés à admettre avec ce chirurgien que dans les salpingites incluses la portion juxta-utérine de la trompe est celle qu'on rencontre le plus souvent dans l'épaisseur des ligaments larges. Nous reproduisons un extrait de ce chapitre.

« Les trompes malades peuvent occuper toutes les situations : le plus souvent en arrière du ligament large, quelquefois au-dessus entre la corne utérine et le détroit supérieur (adhérences quelquefois au cœcum, à l'appendice de l'S iliaque) rarement en avant dans le cul-de-sac vésico-utérin.— Le kyste tubaire peut aussi se développer dans l'intérieur du

ligament large dont les deux feuillets s'écartent pour le contenir. Mais il est très probable que le cas est moins fréquent que ne le pensait Montprofit. Il est, d'ailleurs, à peu près impossible à admettre pour l'extrémité externe de la trompe qui est vraiment libre dans le ventre et ne saurait déplisser en augmentant de volume les feuillets des ligaments larges. Mais ce développement intra-ligamentaire peut avoir lieu dans les cas, d'ailleurs assez rares, où la partie interne de la trompe devient elle-même kystique. »

Siredey est du même avis : Le kyste tubaire ne peut être inclus dans le ligament large, que s'il s'est exceptionnellement développé près de l'extrémité interne de l'oviducte. »

ÉTUDE CLINIQUE

I. — Symptomatologie.

L'histoire des salpingites incluses se rapproche par beaucoup de points de celle des salpingites ordinaires. Les perturbations fonctionnelles survenant dans la sphère de l'appareil génital sont à peu près identiques dans les deux cas. On note de la douleur, des hémorragies, de la leucorrhée, des troubles menstruels. Les phénomènes douloureux sont entrecoupés d'exacerbations aiguës, et coïncident avec des débâcles leucorrhéïques par les voies génitales produisant le tableau de la colique et de la vomique salpingienne. Les irradiations douloureuses vers la cuisse sont plus fréquentes, peut-être à cause du voisinnage immédiat des plexus lombaire et sciatique. On note aussi quelques phénomènes vésicaux, fréquence des mictions, ténesme vésical, dont la prédominance doit éveiller l'idée d'une compression en l'absence de troubles urinaires, pathognomoniques d'une lésion de cet appareil.

Plus importants et plus significatifs sont les signes recueillis par l'exploration physique. Par la palpation abdominale il est déjà possible de percevoir une tumeur, débordant plus ou moins l'arcade crurale appliquée contre les parois pelviennes avec lesquelles elle semble faire corps.

Le toucher montre un utérus dévié d'un côté ou de l'autre,

en avant ou en arrière ; la latéroversion du côté opposé à la tumeur est la plus fréquente ; le volume de l'utérus dépend de l'infection concomitante assez marquée d'habitude et de la congestion en quelque sorte obligatoire en pareil cas. Les culs-de-sacs antérieurs et postérieurs sont libres. Par le palper combiné on délimite dans les culs-de-sacs latéraux, d'un seul ou des deux côtés suivant les cas, une tumeur collée contre les flancs de l'utérus et la paroi latérale du pelvis, tendue comme une barrière entre ces deux organes ; lorsque le tissu cellulaire n'a pas réagi, on délimite entre les mains adbominale et vaginale une tumeur cylindroïde et résistante qui rappelle la trompe. S'il y a cellulite, la sensation d'un véritable mur prolongeant sur le côté le corps de l'utérus est d'une grande netteté.

L'évolution de cette catégorie de salpingo-ovarites offre certaines particularités dignes d'être notées. Il est assez fréquent, à en juger par les observations que nous avons eues à notre disposition de les voir se fistuliser dans le vagin, le rectum ou la vessie, éventualité très compréhensible vu le voisinage immédiat de ces organes. Leur situation sous-péritonéale met particulièrement la grande séreuse à l'abri de l'infection si commune dans la salpingite classique. Le tissu cellulaire des ligaments larges subit plus facilement le contre-coup d'une rupture de la trompe et, s'enflammant secondairement, donne naissance au phlegmon bien connu dans cette région, ce qui rend ultérieurement le travail de décortication long et pénible.

Que les accidents de torsion ne se rencontrent pas, nulle surprise. M. Routier a reconnu que les hydrosalpinx peuvent se tordre sauf lorsqu'ils sont inclus dans le ligament large.

A titre de complication il peut survenir de l'ovarite qui retentit sur le péritoine ; les poussées successives de sérite aiguë créent autour des annexes une coque fibreuse pouvant faire

méconnaître l'enkystement. Cet ensemble de lésions explique la multiplicité des altérations anatomo-pathologiques que nous avons rencontrées dans toutes nos observations.

Enfin il peut y avoir transformation du contenu de ces poches salpingiennes, par suite des infections secondaires consécutives à leur fistulisation, une suppuration se greffant sur un hydrosalpinx devenu aseptique.

II. — Diagnostic.

La disposition anormale de ces salpingites entraînera fatalement de graves erreurs de diagnostic. La confusion la plus commune consistera à les prendre pour des tumeurs du ligament large. Ayant mêmes rapports anatomiques, même situation, elles se manifestent par des signes physiques à peu près identiques et conduisent souvent le clinicien à opiner pour la catégorie la plus fréquente c'est-à-dire les kystes ovariens inclus et para-ovariens.

Les éléments du diagnostic différentiel sont fournis :

1° Par le défaut de perception des annexes dans le cul-de-sac vaginal, ou dans toute autre situation de voisinage.

2° Par la délimitation d'un organe cylindrique progressivement distendu, rattaché à la corne utérine par une petite extrémité, organe qui possède tous les attributs de la trompe.

3° Par la précocité et l'intensité des douleurs pelviennes : elles sont tardives dans le kyste, précoces dans les salpingites incluses.

4° Par la répétition des douleurs paroxystiques et des débâcles leucorrhéiques, en rapport avec l'étranglement intraligamentaire de la trompe distendue et la production de coliques salpingiennes.

Les phlegmons du ligament large offrent beeaucoup d'analogie avec les trompes enflammées et incluses, et c'est peut-être à la suite d'observations de ce genre que l'on a pu nier les cellulites pelviennes, mettant toutes les inflammations du plancher pelvien de la femme sur le compte, tantôt des annexes, tantôt du tissu cellulaire sous-péritonéal. La phlogose du contenu du ligament succédant à celle de la trompe, peut faire méconnaître la lésion primitive d'autant plus que, dans ces cas, l'on se borne à faire une laparotomie sous-péritonéale au cours de laquelle on ne peut explorer que très difficilement la trompe. Il n'est possible d'établir la filiation des phénomènes que par l'observation quotidienne du malade. Est-on appelé au début des accidents, le toucher délimitera un boudin salpingien, dont le contour deviendra de plus en plus indécis, par suite de la réaction cellulaire environnante. La première phase peut passer inaperçue ou le médecin n'être appelé qu'au cours de la seconde : à ce moment l'hypothèse de phlegmon du ligament large sera la plus séduisante comme la plus logique : toutefois l'étiologie la plus habituelle de cette affection, c'est-à-dire la puerpéralité faisant défaut, il devra réserver sa manière de voir, et essayer de découvrir le *primum movens*, c'est-à-dire la salpingite.

Pozzi rappelle qu'il peut y avoir coexistence d'un kyste du ligament large et d'une salpingite superposés, la trompe coiffant le kyste. La suppuration de la trompe se communique très souvent au kyste. Avant l'intervention, il est à peu près impossible de songer à une telle disposition. Le kyste parovarien domine habituellement le tableau clinique et la communication avec la trompe est une trouvaille de biopsie ou d'autopsie. Il suffit de signaler de pareilles dispositions sans prétendre vouloir les deviner ; aucun signe ne peut même faire penser à leur existence avant la laparotomie.

Les fibromes utérins pourraient quelquefois être confondus

avec les salpingites incluses, mais seulement lorsqu'ils sont intra-ligamentaires et peu mobiles, et surtout s'ils sont kystiques.

Le catéthérisme utérin et l'histoire de la maladie feront le diagnostic.

Nous ne ferons pas le diagnostic différentiel des salpingites incluses avec les autres variétés de salpingites ordinaires. Ces dernières ont une symptomatologie si nette et si connue, que nous n'avons pas voulu répéter ici ce qui se trouve dans tous les ouvrages classiques.

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

Les notions étiologiques, que l'on trouve à l'origine des salpingites incluses, méritent de nous arrêter quelques instants. Nous avons été frappé de la fréquence relative de l'infection tuberculeuse. Dans deux des observations que nous possédons, le bacille de Koch était le point de départ de l'inflammation tubaire.

La trompe incluse aurait-elle une vascularisation plus riche ? Cette congestion physiologique, dans un organe ectopique, ne pourrait-elle constituer un milieu favorable au développement du processus tuberculeux ? Il y a souvent coexistence de tuberculose génitale atteignant l'utérus, la trompe et les ovaires, avec complication granulique, et il semble résulter que la voie d'accès du bacille est la voie sanguine.

Le gonocoque forme des poches kystiques juxta-utérines suppurées ; la voie endométritique lui sert de chemin, pour aller du col à la muqueuse tubaire.

Au cours de l'infection puerpérale, les portes d'entrée nombreuses soit du côté du vagin, soit du côté de l'utérus, s'accompagnent de lymphangite des ligaments larges. Cette inflammation retentit sur la trompe, dont le réseau lymphatique est en connexion étroite avec celui de l'utérus. Les termes de passage sont successivement la lymphangite, l'adéno-phlegmon, la tubairite. Il y a lieu de remarquer que la phlogose procède de l'écorce vers la profondeur ; il y a salpingite cor-

ticale, puis salpingite parenchymateuse : ce sont ces cas, que l'on catalogue toujours phlegmons du ligament large, ou de cellulite pelvienne, les altérations de la trompe passant inaperçues.

La trompe incluse a en quelque sorte un triple pédicule, vasculaire, lymphatique, utérin, par où peuvent pénétrer les germes infectieux, avec comme voies d'élection, le système lymphatique dans la puerpéralité, l'endomètre dans la gonococcie, l'appareil vasculaire dans les affections générales.

Comment expliquer l'inclusion intra-ligamentaire, et le développement d'un kyste tubaire de haut en bas, contrairement à ce que l'on observe d'habitude, la distension de la trompe ayant pour effet de la rendre plus saillante dans la cavité abdominale, sans porter atteinte au méso-salpinx ?

Diverses hypothèses peuvent se faire jour :

I. — Théorie anatomique ou de la malformation congénitale.

Elle s'applique à un certain nombre de cas, sans avoir la prétention d'être absolue. C'est Lawson-Tait, qui en a eu le premier l'idée. Le développement du ligament large se fait en deux temps :

1° Soulèvement du péritoine entre l'utérus et la ceinture pelvienne, en une espèce de saillie, sous laquelle sont renfermés la trompe, le ligament rond, et le ligament de l'ovaire.

2° Dans un deuxième temps, ces organes acquièrent un développement considérable, s'entourent de péritoine, et en le distendant progressivement, se séparent de la portion inférieure du ligament où ils restent attachés par un méso.

Il peut y avoir perturbation dans ce processus, qui reste limité au premier temps, ce qui détermine la disposition qui

nous intéresse. Lawson-Tait a en effet remarqué, que toutes les fois qu'il a observé cette malformation; l'utérus était à l'état infantile, par arrêt de développement. La malformation portait sur tout l'appareil génital : il n'y a pas lieu d'être surpris, puisque l'utérus et la trompe se développent aux dépens des mêmes organes, les canaux de Muller.

II. — Théorie mécanique ou du dédoublement du mésosalpinx.

(*donnée par Montprofit*).

Le premier résultat de l'augmentation du volume de la trompe est de dédoubler et de supprimer le mésosalpinx ; de ce fait, la mobilité assez notable que présente la trompe dans le sens antéro-postérieur, se trouve supprimée ; et le bord inférieur de la trompe, répond directement au tissu cellulaire placé entre les deux lames du ligament large.

On peut expliquer ce phénomène de deux façons :

1° Il y a souvent adhérence du ligament large avec l'intestin ou l'épiploon, ou déviation utérine du côté de la trompe malade. Il se peut que ce bloc sus-salpingien soit un obstacle au développement abdominal de la tumeur, qui se ferait une voie vers le pelvis.

2° Toutes les fois que la tuberculose envahit les parois de la trompe, il se fait par l'intermédiaire de la membrane tuberculogène de Lannelongue, une extension du processus folliculaire. L'intégrité du péritoine explique sa résistance et le développement du tuberculome vers le plancher pelvien. La

pesanteur attirant la collection vers le bas, tandis que la rétraction de la paroi supérieure, par formation de péritonite plastique banale, l'empêche de gagner la grande séreuse ; le tissu cellulaire réagissant toujours moins bien vis-à-vis d'une infection.

TRAITEMENT

Les salpingites intra-ligamentaires sont justiciables au même titre que les salpingites ordinaires d'un traitement médical ou chirurgical.

Le traitement médical consistera dans l'emploi simultané des irrigations vaginales et rectales ; les bains vaginaux seront prescrits de préférence aux lavements. En raison de la proximité de la trompe et du vagin l'eau très chaude à 48° exercera des modifications plus profondes du côté des organes malades par la voie vaginale que par la voie rectale. Il ne faudra cependant pas négliger les grands lavements malgré la situation latéro-rectale du salpinx : leurs effets, moindres sur les trompes incluses que sur celles basculées dans le Douglas, n'en existent pas moins.

Dans le traitement chirurgical on se propose soit de donner issue à une collection purulente chaude par une incision vaginale livrant accès dans l'intérieur du ligament large et de la trompe, soit d'exciser l'organe malade. Cette exérèse peut s'effectuer par la voie vaginale ou la voie haute.

La voie vaginale ne sera appliquée que dans les cas aigus ; elle offre à l'opérateur l'avantage de se tenir à l'écart de la séreuse abdominale, d'éviter de la sorte une inoculation possible, de faire en un mot une intervention extra et sous-péritonéale ; elle permet enfin de drainer au point déclive. Manœu-

vres aveugles, exposant à la blessure de l'uretère, à des déchirures de la vessie ou du rectum pathologiquement déplacés, tels sont les inconvénients de cette manière de faire.

Lorsque le diagnostic anatomique aura été posé exactement, on pourrait tenter une laparotomie sous-péritonéale, c'est-à-dire s'efforcer d'arriver sur la trompe en se tenant à l'écard du péritoine : il est malaisé d'aborder ou de dégager le salpinx par cette voie, de délimiter ses connexions et de faire une extirpation à ciel ouvert malgré qu'on ait eu la précaution de se donner du grand jour par une longue incision. C'est une conception plus théorique que pratique.

La laparotomie médiane sous-ombilicale doit être l'opération de choix ; rien n'empêche de prolonger l'incision au-dessus de l'ombilic et jusqu'au pubis si l'on se trouve gêné au cours des manœuvres intra-abdominales. Le Trendelenburg expose les organes du petit bassin, utérus et annexes ; une pince de Museux repère le corps utérin et des écarteurs reclinent sur les côtes les parois latérales de l'abdomen.

Un champ opératoire, où toutes les parties sont en évidence, facilite le travail du chirurgien, qui aura recours à l'un des nombreux procédés de castration tubo-ovarienne.

Il sera incommode de respecter l'intégrité de l'ovaire et de l'utérus, et les méthodes des chirurgiens en pareil cas sont variables ; les résections partielles de la trompe sont peu utiles. Toutes les fois que la trompe présente des signes d'inflammation ancienne assez intenses, pour la voir transformée en kyste sérieux, sa structure et ses fonctions physiologiques sont fortement compromises, quel avantage de laisser subsister un organe inutile ?

L'opération type en pareil cas devra comprendre deux temps.

1° La libération des adhérences lorsqu'il en existe.

2° L'ablation de l'utérus et de la trompe incluse.

a) *Libération des adhérences.* — Les adhérences épiploïques sont faciles à détruire, soit en les détachant avec le doigt, soit en les liant, soit en les sectionnant entre deux ligatures. Au cours de la rupture des adhérences intestinales, l'intestin peut être lésé, la déchirure sera aussitôt fermée par une suture à deux plans, l'une perforante, l'autre séro-musculaire.

b) *Ablation de l'utérus et des trompes incluses.* — La façon d'opérer impose une division permettant de distinguer deux méthodes d'inégale importance.

Dans l'une la trompe est d'abord extraite, l'utérus malade lui-même est ensuite enlevé.

Dans l'autre, on s'attaque d'abord à l'utérus suivant des modes différents : soit par le procédé ordinaire, section de haut en bas des deux ligaments larges (Terrier) : soit par le procédé américain, section de l'un des ligaments larges de haut en bas, et de l'autre de bas en haut (Kelly) ; soit par l'ouverture préalable du cul-de-sac postérieur (Doyen) ou de l'antérieur, la libération de l'organe se poursuivant ensuite de bas en haut : soit enfin par hémisection utérine (Faure), chaque moitié étant aussi enlevée de bas en haut.

1° Ablation de la trompe première et de l'utérus seconde. — On ne saurait défendre cette manière d'agir que si la trompe est peu adhérente et facilement circonscriptible avec des pinces qui l'isolent l'une du bord de l'utérus, l'autre de la base du ligament large. De la sorte on excise le péritoine, portion du ligament large et trompe, on termine l'ablation de l'utérus suivant le procédé ordinaire.

2° Ablation de l'utérus première et de la trompe seconde. — Terrier enlève l'utérus en sectionnant les deux ligaments larges le long de leur bord interne ; l'opération ne donne lieu à aucune variante. Mais cette hystérectomie préalable découvre

une large place où la main évolue à l'aise, décolle peu à peu de bas en haut la trompe du tissu cellulaire pelvien.

Richelot nous préconise ce procédé :

« Je sais que la meilleure manière d'enlever les salpingites incluses est de les attaquer de bas en haut, par le tissu cellulaire pelvien, après s'être débarrassé de l'utérus par un procédé quelconque.

» A ce point de vue, l'opération de Kelly montrait la voie à suivre ; mais la bascule d'un côté à l'autre oblige à attaquer la première annexe de haut en bas, à la libérer difficilement, à l'ouvrir prématurément, et c'est la seconde seulement, après bascule, qu'on peut énucléer dans de bonnes conditions.

» J'avais imaginé jadis un procédé qui, en ouvrant le cul-de-sac antérieur et faisant basculer le col utérin en avant, permettait l'énucléation bilatérale de bas en haut. Ce procédé n'a pas vécu, mais J.-L. Faure s'en est inspiré pour inventer sa section médiane de l'utérus. En divisant l'utérus en deux moitiés, on pénètre aisément dans le petit bassin, et on attaque les deux annexes par le tissu cellulaire, entre les deux feuillets écartés du ligament large.

» Le procédé de Terrier, extirpation première de l'utérus, atteint le même but.

» En somme, le danger des salpingites incluses, c'est la résistance des feuillets du ligament large quand on attaque de haut en bas, et la rupture prématurée sur des anses intestinales encore adhérentes. Au contraire, l'énucléation est facile, la rupture est évitée ou se fait plus tard et du côté du petit bassin, loin des anses intestinales, quand on aborde la trompe par le tissu cellulaire pelvien. Le procédé de J.-L. Faure me paraît, à ce point de vue, la manœuvre type.

» Les mêmes principes sont d'ailleurs applicables aux salpingites non incluses, et simplement collées à la face posté-

rieure du ligament large : ils sont donc les meilleurs à suivre de toutes façons. »

Faure attaque en effet dans son procédé la trompe au niveau de son insertion sur la corne utérine, il sectionne cette insertion entre deux pinces, en se tenant en dehors de la racine du ligament rond, et en attirant la trompe séparée de l'utérus en haut et en dehors il la fait basculer, pendant que les doigts s'introduisant au-dessous d'elle dans l'épaisseur du ligament large facilitent singulièrement cette manœuvre ; elle ne tient plus bientôt que par son extrémité externe qu'on sépare de l'ovaire par un coup de ciseaux.

Montprofit emploie la méthode de la double pédiculisation, il sectionne après ouverture du ligament large la trompe à son extrémité interne, tandis qu'il la sépare de l'ovaire à son extrémité externe. Par ces deux orifices il peut amorcer un décollement sous-tubaire, et par des manœuvres alternatives en dehors et en dedans isoler complètement la trompe.

Opération incomplète, marsupialisation du kyste tubaire. — Lorsque la tenacité des adhérences au feuillet du ligament large, rend l'énucléation impossible il reste encore une ressource au chirurgien ; il suffit de fixer aux lèvres de la plaie abdominale, les bords de la poche dont l'arrière-fond n'a pu être détacné, et à tamponner ou à drainer cette dernière comme une cavité d'abcès, en confiant à la nature le soin de l'oblitérer ou de l'éliminer. Cette conduite n'est évidemment qu'un pis aller ; la fistule abdominale peut persister indéfiniment et la suppuration interminable expose à la septicémie chronique et à l'épuisement.

CONCLUSIONS

De ce travail nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° A côté des salpingites banales rétro-utérines, il existe des salpingites incluses dans le ligament large. Cette disposition quoique rare ne saurait être mise en doute.

2° Le tableau clinique est celui des tumeurs du ligament large : la forme cylindroïde de la trompe peut dans quelques cas servir à la reconnaître.

3° Cette disposition relève soit d'une malformation congénitale de l'appareil utéro-ovarien, soit d'une migration d'un kyste salpingien vers le plancher périnéal.

4° Le traitement de choix est l'extirpation par la voie abdominale après hystérectomie préalable.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 12 juillet 1907.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 12 juillet 1907
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FAURE-MULLER. — Société anatomique, 1890. Inclusion salpingée intraligamentaire.

DOYEN. — Archives provinciales de chirurgie, 1892. Salpingites incluses.

DUMONT. — Revue de Gynécologie, 1899. Kyste suppuré d'origine annexielle intraligamentaire.

MONTPROFIT. — Archives provinciales de chirurgie, 1901. Inclusions intraligamentaires des salpingites.

FAURE. — Chirurgie des annexes et de l'utérus.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie. Inclusions et pseudo-inclusions.

MONTPROFIT — Chirurgie des ovaires et des trompes.

POZZI. — Traité de gynécologie. Tumeurs du ligament large.

SIREDEY. — Article « salpingites » in Traité Brouardel.

LAWSON-TAIT. — Traité clinique des maladies des femmes.

MONTPROFIT. — Salpingites et ovarites. Thèse de Paris, 1888.

REYMONT. — Contribution à l'étude de la bactériologie de l'anatomie pathologique de la salpingo-ovarite. Thèse de Paris, 1888.

P. MUNDÉ — American Journal of obstetric, 1888.

BLAND-SUTTON — Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes. Londres, 1891.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !